Lane Medical Library

Ein Fall

von kystomatöser Entartung eines normalen und eines accessorischen Ovarium.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Montag, den 14. März 1892,

Nachmittags 1½ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Otto Vierarm

aus Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. G. Kickhefel, Volontairassistent am patholog. Institut.
Herr cand. med Alex Piffius.
Herr Dr. A. Voss, pract. Arzt.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0279

Seinen Eltern!

Am 9. XII. 91 gelangte in der hiesigen gynaekologischen Klinik ein Fall zur Operation, bei dem die Diagnose Kystoma ovarii dextri gestellt war. Derselbe erregte im Verlaufe der Operation durch den nicht so häufigen pathologisch-anatomischen Befund ein gewisses Interesse, weswegen er mir von Herrn Geheimrat Pernice zur Bearbeitung und Verwendung für eine Dissertation gütigst überlassen wurde.

Die Patientin ist die 20 Jahre alte Anna Felten aus Jarmen. Die Menses traten bei ihr im 15. Jahre auf und waren regelmässig und mässig stark. Vor 3 Jahren machte sie eine Geburt durch; das Wochenbett verlief gut. Seit Oktober 1890 wurde von ihr eine mehr und mehr zunehmende Verdickung des Leibes oberhalb der Symphyse etwas nach rechts hin bemerkt. Der Tumor machte besondere Beschwerden beim Arbeiten und war jedesmal zur Zeit der Regel schmerzhaft. Grössere Intensität nahmen die Unannehmlichkeiten und das Wachstum der der Geschwulst seit Anfang October dieses Jahres an.

Die Patientin ist gut genährt, die sichtbaren Schleimhäute zeigen normale Injektionsröte, die Brüste sind schwach entwickelt, die Warzenhöfe nicht pigmentiert, einzelne Montgomerysche Drüsen wahrnehmbar, Flüssigkeit aus beiden Brustdrüsen ausdrückbar. — Die Bauchhaut ist schlaff und mit Falten und Narben versehen. Der Nabel ist prominent. Das Abdomen ist unterhalb des Nabels stark hervorgetrieben: Umfang am Nabel 73, Nabel — Symphyse 81, Spina links $19^1/_2$, rechts $18^1/_2$, Processus ensiformis — Symphyse $32^1/_2$ cm. — Im Abdomen ist bis zur Höhe des Nabels ein prallelastischer Tumor fühlbar, welcher in das Becken hinunterreicht und sich 12 cm links und ebensoviel rechts von der Linea alba ausbreitet. Der Tumor lässt sich nach beiden Seiten leicht, nach abwärts sehr schwer dislocieren. Percussionsschall rechts, links und über dem Tumor deutlich tympanitisch, auf dem Tumor leer. Oedeme an den Extremitäten sind nicht vorhanden. — Der Scheideneingang mässig verengt, Scheide faltig, Muttermund steht etwas hoch, Portio hart, Uterus selbst sehr leicht beweglich. Bei Dislocation des Tumors bewegt sich der Uterus so gut wie nicht mit. Bei sehr hohem Heraufgehen kann man ein kleines Segment des Tumors bima-

nuell fühlen. Der Uterus ist fast von normaler Länge, normal flektiert und liegt etwas nach rechts hinüber.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

Operation i. N. 9. XII. 91.

Ein Schnitt in der Länge von 18 cm innerhalb der Linea alba, der Reihe nach die Bauchdecken durchtrennend, legt das Peritoneum frei. Es wird versucht, dasselbe aufzuheben und für sich zu durchtrennen. Der Versuch misslingt, da das Bauchfell mit dem daruntergelegenen Tumor fest verwachsen ist. Es wird hierbei die Membran der cystischen Geschwulst eingeschnitten, wobei sich eine dunkelbraunrote Flüssigkeit entleert. Hierauf collabiert die Cyste. Die vorhandenen reichlichen Adhäsionen mit dem parietalen Blatte des Peritoneum, dem Netze und dem Darme werden leicht gelöst, der Cystensack wird theils durch die Hände, theils durch den Zug grosser Spencer Well'scher Zangen von dem ihn im unteren Theil umgebenden lockeren Bindegewebe getrennt. Ein Stiel ist an dieser Cyste nicht aufzufinden. Einzelne Partien des Netzes bluten und werden deshalb umstochen. — Nach Entfernung dieses Tumors zeigt sich, dass er auf einem zweiten derberen, dickwandigen Cystensacke; mit ihm durch

lockeres Bindegewebe verbunden, unmittelbar darauf gesessen hat. Dieser zweite Cystensack enthält, wie sich später herausstellt, ca. die gleiche Menge einer gleichbeschaffenen Flüssigkeit. Er hängt durch einen 1 cm breiten Stiel mit dem Corpus uteri zusammen. Der Stiel wird an 2, etwa 3 cm von einander entfernten Stellen unterbunden und in der Mitte durchschnitten. — Nunmehr Entfernung des Cystensackes, Versenkung des Stiels in die Bauchhöhle nach Hochlagerung des Beckens mittels des Planum inclinatum duplex. Es zeigt sich bei der jetzt möglichen Übersicht des kleinen Beckens das linke Ovarium an normaler Stelle liegend. Das rechte Ovarium fehlt, an seiner Stelle haben sich die beiden Cysten und zwar vorwiegend nach links hin entwickelt. — Fortlaufende Catgutnaht des Peritoneum, Seidenknopfnähte durch die äussere Haut. Wickelverband. Die Wundheilung verläuft glatt, sodass Patientin am 28. XII geheilt mit Leibbinde entlassen werden kann.

Der makroskopische Befund an beiden Cystensäcken ist nun folgender:

Beide Cysten, ziemlich von gleichen Dimensionen, sind bedeutend überkindskopfgross. Die — bei der Operation zuerst entfernte — ungestielte hat eine

relativ dünne Wandung und lässt noch die Spuren starker und ausgedehnter Verwachsungen mit den Nachbarorganen erkennen. Die gestielte Cyste weist eine 2–3 mal stärkere Wandung auf. Im Stiel, dessen erhaltener Stumpf eine Länge von ca. 9 cm hat, ist ein rundes, längliches Gebilde bemerkbar, welches an einem Ende auf den Tumor übergeht, am andern Ende eine glatte Schnittfläche zeigt, auf welcher 3 Lumina vorhanden sind, von denen zwei Gefässen angehören. Das dritte Lumen, welches nur bei aufmerksamer Betrachtung auffällt, da es durch enges Aneinanderlegen der Wandungen fast verschwindet, lässt eine mittelstarke Sonde bequem eindringen, welche das Gebilde in seiner ganzen Länge passiert und am Tumorende aus einer natürlichen Öffnung wieder austritt. Am Tumorende finden sich am Stiele Fransen. Es ist daher dies Gebilde mit Bestimmtheit als Tube anzusprechen. Vom Ovarium ist keine Spur vorhanden. Zwischen Tube und dem Tumor liegt das Parovarium.

Die mikroskopische Untersuchung der beiden Cystenwandungen ergiebt das Vorhandensein von Bindegewebe fibrillärer Struktur, mit elastischen Fasern vermischt und mit zahlreichen Hämorrhagien, die in der Wand der dünnwandigen Cyste besonders

hervortreten. Epithelien konnten nicht mehr nachgewiesen werden.

Was nun die Beurtheilung beider Tumoren angeht, so ist die gestielte Cyste wohl mit Sicherheit als ein unilokuläres Kystom anzusehen, in dessen Bildung das Ovarium aufgegangen ist. Die Configuration der Gebilde des rechten Parametrium, Fehlen des Ovarium und die typische Stielbildung, bestätigen die auf Grund der klinischen Symptome und der Ergebnisse der bimanuellen Untersuchung gestellte Diagnose. —

Es handelt sich daher hauptsächlich darum, die Natur des ungestielten, dem ersten in jeder Beziehung ähnlichen Tumors festzustellen. Bei der Beurteilung desselben ist nun von vornherein darauf aufmerksam zu machen, dass die Histiogenese von derartigen ungestielten Tumoren des Parametrium in allen Fällen sehr schwierig zu erklären ist, umsomehr, da die mikroskopische Untersuchung so gut wie gar keine brauchbaren Anhaltspunkte zu geben pflegt, und dass es sich daher um einen Erklärungsversuch handeln muss. — Im allgemeinen herrscht in den Lehrbüchern — und zwar besonders in den älteren — mit einer gewissen Vorliebe die Ansicht, dass derartige Tumoren in erster Linie zum Parovarium in

enger Beziehung stehen. Schröder erwähnt in seinem Lehrbuche[1]), dass in der Nähe der Tuben nicht selten eine Anzahl ganz kleiner gestielter oder ungestielter Cysten vorkommt, über deren Bedeutung er sich nicht weiter auslässt. Dann sollen nach ihm andere Cysten aus dem Nebeneierstock, ein Teil der näher dem Uterus liegenden Cysten aus dem Urnierenteil des Wolff'schen Körpers hervorgehen. Es erreichen alle diese Cysten sehr selten eine einigermassen bedeutende Grösse, können ausnahmsweise aber auch dieselben Dimensionen haben, wie ein Ovarialtumor, eine Ansicht, die Olshausen[2]) bestätigt, welcher zwei Fälle von Mundé und Reverdin anführt, wo Parovarialcysten sehr bedeutende Grösse erreichten. Nach Rokitanskys Ansicht ist es dagegen sehr zweifelhaft, ob die Cysten, welche Taubeneigrösse übersteigen, noch als aus Parovarialschläuschen hervorgegangen anzusehen sind.

Im vorliegenden Falle ist nun eine Entstehung des Tumors aus dem Parovarium wohl sehr in Zweifel zu ziehen. Schon die Lage der Geschwulst, welche, wie der Operationsbericht ergiebt, dem gestielten Tumor aufgesessen hat und infolgedessen von der

[1] Schröder, Handbuch u. s. w. VIII. Aufl.

[2]) Ohlshausen. Krankheiten der Ovarien. 1885.

Gegend des Parovarium doch wohl zu entfernt war, um zu demselben in genetischer Beziehung zu stehen, spricht dagegen. Von den klinischen Eigentümlichkeiten können als für Parovarialtumoren charakteristisch das ungemein langsame Wachsthum, welches oft Jahre hindurch gar nicht weiter geht, und das Fehlen von erheblichen Beschwerden hier als Gegenbeweis gegen Parovarialcyste nicht in Betracht gezogen werden, weil die vorhandenen Beschwerden, welche der Patientin schliesslich einen operativen Eingriff nötig erscheinen liessen, eben so gut nur auf Rechnung des andern, unzweifelhaften Ovarialtumors gesetzt werden können und weil ja nicht gewiss ist, welcher von beiden Tumoren das ziemlich rasche Anwachsen (innerhalb eines Jahres) hervorbrachte. Es hat aber bei der Untersuchung vor allem die der ascitischen ähnliche, ungemein deutliche und oberflächliche Fluktuation und der Mangel jeder Härte am Tumor, welche Zeichen für Parovarialtumor charakteristisch sind, ganz und gar gefehlt, sodass an eine solche Geschwulst überhaupt nicht gedacht wurde. Dazu kommt, dass im Gegensatz zu der Erscheinung, dass selbst die allergrössten Parovarialcysten ausserordentlich wenig zu Adhäsionen tendieren im vorliegenden Falle ausgedehnte und starke Ver-

wachsungen vorhanden waren. Es konnte leider keine Albumenbestimmung des Cysteninhaltes gemacht werden, welches für die Beurtheilung von einer gewissen Wichtigkeit gewesen wäre, da derselbe während der Operation ausfloss. --

Es liegt nun nahe, eine andere Erklärungsart heranzuziehen, an welche die sehr grosse Ähnlichkeit beider Tumoren von Anfang an denken lässt: es ist wohl denkbar, dass der ungestielte Tumor auf einem gleichen Mutterboden entstanden ist, wie der gestielte, d. h. also auf einem solchen, welcher die Struktur des Ovarium hat. Den Tumor nun einfach von einem dritten vorhanden gewesenen Ovarium abzuleiten, ist zu weitgehend und nach den Erfahrungen über die Bildungsanomalien der weiblichen Geschlechtsdrüsen nicht recht zulässig. Denn bis jetzt sind in der Literatur erst wenige wirklich beglaubigte Fälle bekannt, wo ein überzähliges, vollkommen normal gebautes Ovarium vorlag.[1]) Es ist dies Vorkommen von Abnormitäten, die sich beziehen auf Überbildung der Ovarien und auf die eventuell zusammen mit dieser Entwicklungsanomalie auftretenden progressiven Veränderungen, erst in neuer

[1]) Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886.

Zeit bekannt geworden. Während gerade bei der Pathologie der weiblichen Sexualorgane schon lange die Verdopplung der Geschlechtskanäle bekannt war, wurden Duplicitäten der Geschlechtsdrüsen zuerst in den sechsziger Jahren beobachtet und beschrieben. In der sehr ausführlichen Abhandlung von J. Fr. Meckel „De duplicitate monstrosa commentarius“ (Halae 1815), welche sämtliche bis dahin an allen Organen und Systemen bekannt gewordenen Verdopplungen beschreibt, wird von solchem Vorkommen bei den Ovarien nichts erwähnt. In der Zusammenstellung, welche Winckel in seinem Lehrbuche von diesen Fällen giebt, sind die bis 1886 beobachteten Fälle enthalten, die alle einen recht verschiedenen Charakter, aber im Allgemeinen die Eigentümlichkeit zeigen, Neubildungen einzugehen.

Der erste Fall von überzähligem Ovarium wurde von Grohé 1863 [1]) beobachtet, welcher die Entstehung dieser Bildung als durch eine Abschnürung infolge foetaler Peritonitis bedingt hinstellte. De Sinéty [2]) teilt einen Fall mit, wo das Ovarium eines Neugeborenen 6—7 gestielte Anhänge zeigte. Dieselben

[1]) Wien. Medicinhalle 1863 No. 43.

[2]) Soc. de Biologie, 18. Juni 1875.

waren cystisch, nur einer zeigte die normale Struktur des Ovarium mit Follikeln und Ovulis. Hier war also die Trennung noch nicht vollendet, während im übrigen die Entstehungsmöglichkeit wohl dieselbe ist, als im Grohé'schen Falle. Olshausen[1]) operierte einen Tumor, der sich wie ein multilokuläres Ovarialcystom verhielt, während beide Ovarien in dicke Bindegewebsschwarten gehüllt an ihrer Stelle sassen. Es liegt auch wohl hier zweifelsohne Abschnürung eines Stückes des linken Ovarium durch Peritonitis vor, deren Spuren im übrigen ja deutlich genug waren.

Hieran schliessen sich Fälle von Klebs, Chiari, Mangiagalli, Keppler (der ein drittes Ovarium mit zugehöriger Tube fand), Lumniczer. Winkler (Dresden)[2]) fand am Stiel eines der Beschreibung nach unzweifelhaft parovarialen Tumors das linke Ovarium hängen und in einer Entfernung von 2,5 cm ein zweites linkes Ovarium, deutlich am Lig. latum gestielt mit zwei Cysten von Kirschen- resp. Bohnengrösse versehen.

---

[1]) Olshausen, Ovarien.

[2]) Archiv f. Gynäkologie Bd. XIII, S. 276.

Sippel[1]) beschreibt einen Fall von Triplicität der Ovarien, bei dem die doppelt vorhandenen rechten Ovarien beide Dermoiddegeneration erfahren hatten. Es handelte sich um ein 21jähriges sonst gesundes Mädchen. Bei der Untersuchung ist rechts neben und hinter dem Uterus, den Douglas und den seitlichen Beckenraum ausfüllend, ein prallelastischer Tumor fühlbar, auf dessen vordere Seite die seitlichen Anhänge übergehen. Diese Geschwulst ist mannsfaustgross, wenig beweglich; über ihr, etwa in Höhe des Beckeneinganges beginnend, liegt eine zweite prallelastische Geschwulst, bis über den Nabel emporgehend. Ein Übergang der einen Geschwulst auf die andere ist nicht fühlbar; zwischen beiden befindet sich eine ligamentöse Masse. Ein Zusammenhang des obern Tumors mit andern Organen der Bauchhöhle ist ebenfalls nicht nachweisbar. Die Diagnose wird bei dem obern Tumor auf Ovarialtumor gestellt, bei dem untern in suspenso gelassen. — Die Operation ergiebt, dass es sich um zwei Dermoidcysten handelt. Da Dermoidcysten in dieser Gegend in ihrer Existenz an das Ovarium gebunden sind, so schliesst Sippel, dass hier eine durch Ent-

[1]) Centralblatt f. Gynaekologie XIII, No. 18.

wicklungsstörung bewirkte Trennung des Eierstockes in zwei Teile vorliegt.

Bassini (Padua)[1]) teilt ein Kystom eines überzähligen Ovarium mit.

Der von Winckel[2]) beschriebene und abgebildete Fall, wo das überzählige Ovarium vor dem Uterus auf der Blase lag und durch ein eigenes Ligamentum ovarii mit dem Uterus verbunden war, ist eigenartig und wird von diesem Autor erklärt als entstanden aus dem Teil des Darmblattes, welcher den ursprünglichen Blindsack des Mastdarmes, die Allantois bildete. —

Von grösserem Interesse für unsern vorliegenden Fall als diese Duplicitäten durch peritonitische Abschnürung oder foetale Anlage ist eine Beobachtung, auf welche Beigel[3]) in Wien zuerst die Aufmerksamkeit richtete. Er betont, dass nicht selten in der Grenzlinie des Peritoneum am Ovarium kleine Gebilde vorkommen, welche das Aussehen von Fibromen darbieten und denen deswegen bis dahin wenig Beachtung geschenkt wurde. Beigel fand dieselben an 350 weiblichen Leichen achtmal, Winckel sogar

[1]) Centralblatt für Gynaekologie. XIII, No. 36,

[2]) Winckel Lehrbuch u. s. w.

[3]) Wien medizinische Wochenschrift 1877. Nr. 12.

in 500 Fällen achtzehnmal. Ihre Grösse variierte von derjenigen eines Hanfkornes bis zu der einer kleinen Kirsche. Mehr als drei wurden an einem Ovarium in der Regel nicht beobachtet, nur Waldeyer[2]) erwähnt einen Fall, wo sechs vorhanden waren. Diese Gebilde hat zuerst Waldeyer in seiner Monographie „Eierstock und Ei" richtig gedeutet, allerdings ohne eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen zu haben. Die von Beigel gemachte mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Struktur dieser Gebilde durchaus die eines normalen Ovarium mit Follikeln in allen Stadien der Entwicklung sei. Ein solcher kleiner Tumor zeigt ganz und gar das Bild eines normalen Eierstockes en miniature, wobei die Kleinheit sich jedoch nur auf den Umfang des ganzen Organes, nicht aber auch auf die dasselbe zusammensetzenden Elemente bezieht. Nach Winckel macht es der constante Sitz an der Grenze des peritonealen Überzuges wahrscheinlich, dass die Abtrennung ovariellen Gewebes im Zuzammenhang steht mit dem Descensus ovarii und der Hineinschiebung desselben in den Peritonealsack. – Beigel führte nun, indem er den von Waldeyer hierfür gebrauch-

[1]) Waldeyer, Eierstock und Ei.

ten Namen „Nebeneierstock“ als unzweckmässig verwarf, für diese Körper den Ausdruck „Ovaria accessoria“ ein. —

Es ist natürlich, dass diese bei der ersten Anlage versprengten Eierstocksteile alle dieselben physiologischen wie pathologischen Veränderungen durchmachen können wie die normalen Ovarien, dass sie vor allem als Ausgangspunkte für Ovarialgeschwülste dienen können. Hierhin gehört auch die Beobachtung von John Homans (Boston)[1]), dass bei einer ziemlich grossen Anzahl von Frauen, denen beide Ovarien exstirpirt waren, allmählich die Menstruation wiederkehrte, eine Erscheinung, die sich durch das Vorhandensein von accessorischen Ovarien erklären lässt.

Dieselbe Ansicht über die Bedeutung dieser Bildungen findet sich bei de Sinéty[2]), welcher darauf aufmerksam macht, dass diese „ovaires surnuméraires“ sowohl von einer gewissen Bedeutung für das Zustandekommen extrauteriner Schwangerschaften sind, als auch in Beziehung zu gewissen Cysten des Ligamentum latum stehen. Sinéty erwähnt jedoch auch zu gleicher Zeit, dass nicht alle diese kleinen Gebilde

---

[1]) Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 13.

[2]) de Synéty, Manuel practique de Gynécologie.

als überzählige Eierstöcke aufgefasst werden dürfen, sondern dass ein Teil derselben entschieden als „fibromes minuscules parsemés de kystes à epithélium vibratile“ anzusprechen ist. —

Unser vorliegender Fall ist nun, wenn auch diese Behauptung nicht mit absoluter Sicherheit hingestellt werden kann, wahrscheinlich mit diesen Ovaria accessoria in Beziehung zu bringen, eine Ansicht, zu welcher sofort die in jeder Hinsicht grosse Ähnlichkeit der beiden Tumoren drängt. Über die nähere Ätiologie Vermutungen aufzustellen, ist natürlich müssig, aber immerhin ist es denkbar, dass derselbe unbekannte Reiz, welcher die Reste der Pflügerschen Schläuche des normalen Ovarium in die Kystombildung eingehen liess, auch bei einem accessorischen Eierstock denselben Effekt der Cystenbildung hervorgebracht hat.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice für die gütige Überweisung des Themas und für die bereitwillige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen Dank auszusprechen. —

Lebenslauf.

Otto Heinrich Johannes Vierarm wurde geboren am 29. August 1869 zu Greifswald. Seine erste Schulbildung erhielt er in der Vorschule des hiesigen Gymnasium. Ostern 1878 trat er in die Sexta dieser Anstalt ein, Ostern 1888 verliess er die Schule mit dem Zeugniss der Reife, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Am 28. Februar 1890 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 15. Februar 1892 das Examen medicum und am 20. Februar 1892 das Examen rigorosum. Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Gerstäcker, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Overbeck, Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Sommer, Solger, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus. Zu ganz besonderem Dank fühlt er sich den Herren Geheimräten Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Pernice, sowie den Herren Prof. Dr. Heidenhain und Prof. Dr. Peiper verpflichtet, in deren Kliniken resp. Polikliniken er als Volontär thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Bei der Nachbehandlung der Diphtherie ist vornehmlich die Beschaffenheit des Herzens zu berücksichtigen.

II.

Der hämorrhagische Lungeninfarkt entsteht nicht durch Embolie der Arteria pulmonalis.

III.

In allen Fällen von Uterusmyomen mit Blutungen ist zuerst die elektrische Behandlung nach Apostoli zu versuchen. Dieselbe leistet in sehr vielen Fällen eine symptomatische Heilung.